



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



Cuerpo Académico de Respuestas Humanas a la Salud y la Enfermedad

Asunto: RESOLUCIÓN DEL COMITÉ CIENTÍFICO

CAC 56/2023

Integración de dictámenes de revisión por pares doble ciego

El Comité Científico, una vez concluido el proceso de revisión por pares doble ciego del libro evaluado, y con fundamento en los dictámenes emitidos por **dos revisores externos a la institución editora y a los autores**, expertos en investigación conductual, enfermería comunitaria y salud materno-infantil, emite la siguiente resolución del libro:

La Intervención Healthy Beginnings adaptada culturalmente al contexto mexicano

[autores] © Paola Alexander Zepeda Rios; Velia Margarita Cárdenas Villarreal.

1. Consideraciones generales

El Comité Científico tomó conocimiento de los dictámenes individuales emitidos por los revisores externos, quienes coincidieron en clasificar la obra como un **libro derivado de investigación aplicada**, que documenta de manera sistemática el diseño, la adaptación cultural, la estructuración metodológica y la implementación de una **intervención conductual basada en evidencia**, orientada a la prevención temprana del sobrepeso y la obesidad infantil durante los primeros 1000 días de vida.

Ambos dictámenes señalan que la obra presenta una adecuada articulación entre el marco teórico del cambio de comportamiento en salud, los componentes activos de la intervención, las conductas objetivo y los mecanismos de evaluación, en congruencia con estándares internacionales para la investigación en intervenciones complejas y la ciencia de la implementación.

Asimismo, los revisores reconocen la pertinencia disciplinar de la obra para el campo de la **enfermería comunitaria**, al fortalecer el rol de la enfermera como agente de promoción de la salud y prevención primaria en el primer nivel de atención.

2. Síntesis integrada de los dictámenes externos

De la integración de los dictámenes emitidos bajo modalidad de revisión por pares doble ciego, se identifican los siguientes consensos:



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Ave. Dr. José Eleuterio González 1500, Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México C.P. 64460
+52 81 8348 1010, +52 81 8348 1107, +52 81 8333 4190 Ext. 115





UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



Cuerpo Académico de Respuestas Humanas a la Salud y la Enfermedad

Fortalezas coincidentes:

- Clasificación adecuada de la obra como **producto derivado de investigación aplicada**.
- Fundamentación teórica sólida basada en modelos del cambio de comportamiento en salud.
- Diseño metodológico congruente con principios de **ciencia de la implementación**, que favorece la reproducibilidad, evaluación y transferencia de la intervención.
- Alto nivel de detalle operativo (sesiones, instrumentos y procedimientos), que fortalece la fidelidad de implementación.
- Relevancia científica, pertinencia social y alineación con prioridades de salud pública.

Aspectos susceptibles de mejora señalados por ambos revisores:

- Fortalecer el análisis teórico comparativo con intervenciones similares reportadas en la literatura internacional.
- Incrementar la profundidad conceptual de algunos capítulos con énfasis predominantemente operativo.
- Realizar ajustes editoriales menores para mejorar la consistencia terminológica, claridad textual y uniformidad editorial.

3. Juicio colegiado del Comité Científico

Con base en la valoración conjunta de los dictámenes externos (**anexo 1**), el Comité Científico actuó exclusivamente como órgano colegiado de integración y resolución editorial, sin intervenir en la evaluación académica ni en la emisión de juicios científicos sobre el contenido de la obra.

El Comité considera que el libro cumple con criterios de rigor metodológico, pertinencia disciplinar y relevancia científica y social, propios de un producto académico derivado de investigación aplicada. El carácter aplicado y operativo de la obra se reconoce como una fortaleza, en tanto responde al propósito explícito de documentar una intervención conductual basada en evidencia y orientada a su implementación en contextos comunitarios reales.

4. Resolución

En virtud de lo anterior, y con fundamento en los dictámenes emitidos por los revisores externos, el Comité Científico emite la siguiente resolución:

☒ **SE APRUEBA LA PUBLICACIÓN DEL LIBRO,**

☒ **CONDICIONADA A LA INCORPORACIÓN DE MODIFICACIONES MENORES**, consistentes en:

- Ajustes editoriales y de estilo.
- Fortalecimiento puntual del análisis teórico comparativo.
- Homogeneización de criterios editoriales.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Ave. Dr. José Eleuterio González 1500, Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México C.P. 64460
+52 81 8348 1010, +52 81 8348 1107, +52 81 8333 4190 Ext. 115





UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



Cuerpo Académico de Respuestas Humanas a la Salud y la Enfermedad

5. Disposición final

El Comité Científico reconoce la contribución académica de la obra al campo de la investigación en salud y a la disciplina de enfermería comunitaria, y exhorta a atender las observaciones señaladas por los revisores externos con el fin de fortalecer la calidad científica y editorial del libro previo a su publicación.

Nota sobre confidencialidad y resguardo de dictámenes

Los dictámenes completos emitidos por los revisores externos forman parte del expediente editorial del proceso de revisión por pares doble ciego y **se encuentran bajo resguardo del Comité Científico**, conforme a los principios de confidencialidad, anonimato, independencia académica y buenas prácticas editoriales.

Dichos dictámenes podrán ser consultados **únicamente a solicitud expresa de instancias académicas o administrativas competentes**, preservando en todo momento la identidad de los revisores y de los autores.

Resolución emitida con base en un proceso de revisión por pares doble ciego, garantizando independencia académica, transparencia editorial y ausencia de conflicto de interés.

Comité Científico

Atentamente

Monterrey, Nuevo León, a 24 Julio 2023

Dra. Norma Edith Cruz Chávez
Presidente del Comité Científico
Del Cuerpo Académico Consolidado de
Respuestas Humanas a la Salud y Enfermedad
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma de Nuevo León



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Ave. Dr. José Eleuterio González 1500, Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México C.P. 64460
+52 81 8348 1010, +52 81 8348 1107, +52 81 8333 4190 Ext. 115





UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



Cuerpo Académico de Respuestas Humanas a la Salud y la Enfermedad

La Intervención Healthy Beginnings adaptada culturalmente al contexto mexicano

Contenido	Página
PARTE I	
Componentes de la intervención	2
CAPÍTULO I	
Introducción Programa Healthy Beginnings	3
Adaptación Healthy Beginnings	4
Justificación de la adaptación de Healthy Beginnings al contexto de México	4
Objetivos del programa	6
Programa Healthy Beginnings Adaptado culturalmente al contexto de México (PHBAM)	7
Contenido del PHBAM: Grupo intervención	9
Contenido del PHBAM: Grupo control	11
Actividades de seguimiento	12
Resultados del programa	12
CAPÍTULO II	
El sistema de intervención del PHBAM	14
Fundamentos teóricos	14
Características distintivas del programa	20
CAPÍTULO III	
Planificación del programa	22
Coordinación con el personal del lugar	22
Descripción general	22
Establecimiento del programa	22
Definición del área de reclutamiento	22
Criterios de inclusión	23
Criterios de exclusión	23
Criterios de eliminación	23
Procedimiento para el seguimiento	23
Ausencia a una sesión	24
CAPÍTULO IV	



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Ave. Dr. José Eleuterio González 1500, Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México C.P. 64460
+52 81 8348 1010, +52 81 8348 1107, +52 81 8333 4190 Ext. 115

celencia
por principio
la **educación**
como instrumento



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



Cuerpo Académico de Respuestas Humanas a la Salud y la Enfermedad

Preparación para dirigir el PHBAM	25
Descripción general	25
Capacitación y preparación profesional	25
Aspectos básicos del programa	26
Preparación del entorno	26
CAPÍTULO V	
Procedimientos de evaluación	
Descripción general	29
Procedimiento de recolección de información	29
Mediciones del proceso del programa	35
CAPÍTULO VI	
Aspectos relativos al proceso	36
Descripción general	36
Principios de la intervención	36
Establecer una relación de colaboración	37
Estrategias de prevención de problemas durante el proceso	39
<i>Estrategias de manejo de problemas del proceso frecuente</i>	41
PARTE II	
Descripción de las sesiones	43
Sesión 1: Tercer trimestre	44
Sesión 2: Primer mes	48
Sesión 3: Tercer mes	54
Sesión 4: Quinto mes	58
Grupo control	63
PARTE III	
Cierre del programa	65
Descripción general	66
Referencias	67
Anexos	71
Anexo 1. Folletos informativos	72



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Ave. Dr. José Eleuterio González 1500, Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México C.P. 64460
+52 81 8348 1010, +52 81 8348 1107, +52 81 8333 4190 Ext. 115





UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



Cuerno Académico de Respuestas Humanas a la Salud y la Enfermedad

Anexo 2. Infografía control 1	106
Anexo 3. Infografía control 2	107
Anexo 4. Cédula de reclutamiento	108
Anexo 5. Encuesta telefónica para las participantes	109
Anexo 6. Cédula de registro y seguimiento de participantes	121
Anexo 7. Escala de satisfacción del cliente	122
Anexo 8. Lista de control prenatal	124
Anexo 9. Lista de control 1 mes	125
Anexo 10. Lista de control 3 meses	128
Anexo 11. Lista de control 5 meses	133



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Ave. Dr. José Eleuterio González 1500, Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México C.P. 64460
+52 81 8348 1010, +52 81 8348 1107, +52 81 8333 4190 Ext. 115



La intervención **Healthy Beginnings** adaptada culturalmente al contexto mexicano



PAOLA ALEXANDRA ZEPEDA RIOS

VELIA MARGARITA CÁRDENAS VILLARREAL



Dr. Santos Guzmán López
Rector

Juan Paura García
Secretario General

Dr. José Javier Villarreal
Secretario de Extensión y Cultura

Lic. Antonio Ramos Revillas
Director de Editorial Universitaria

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis
Directora de la Facultad de Enfermería

D.R.© Universidad Autónoma de Nuevo León
Av. Francisco I. Madero S/N, Mitras Centro, 64460 Monterrey Nuevo León.

ISBN: 978-607-27-2127-2

Primera edición, 2023

La Intervención Healthy Beginnings adaptada culturalmente al contexto mexicano [autores] © Paola Alexander Zepeda Rios; Velia Margarita Cárdenas Villarreal.

E-Book : 137 páginas

Todos los derechos reservados. Se prohíbe la reproducción de esta obra, sea cual fuera el medio, electrónico o mecánico, sin el consentimiento previo por escrito de los autores.

El libro fue **dictaminado en su totalidad**, así como cada uno de los capítulos que se presentan. El arbitraje se realizó por pares-doble ciego, a cargo de especialistas en el área externos a la UANL el cual dictaminaron que la obra es pertinente para su difusión y publicación

Impreso y hecho en México

PROLOGO

El libro *La intervención **Healthy Beginnings** adaptada culturalmente al contexto mexicano (PHBAM)* surge como respuesta a una problemática prioritaria de salud pública relacionada con la prevención temprana del sobrepeso y la obesidad infantil durante los primeros 1000 días de vida, etapa crítica para el desarrollo y la salud a lo largo del curso de vida. La obra pone a disposición del personal de enfermería del primer nivel de atención una intervención estructurada, sustentada en evidencia científica y orientada al fortalecimiento de prácticas saludables de alimentación infantil y juego activo.

La presente obra **constituye un producto derivado de investigación aplicada**, resultado de un proceso sistemático de diseño, adaptación cultural y estructuración metodológica de una intervención conductual basada en evidencia. Dicho proceso incluyó la operacionalización de modelos teóricos del cambio de comportamiento, la definición de componentes activos de la intervención y la estructuración de procedimientos de implementación y evaluación, conforme a estándares de investigación en salud.

Dicho proceso retoma los fundamentos teóricos, metodológicos y empíricos de la intervención original *Healthy Beginnings*, previamente evaluada en estudios internacionales, y los articula con un análisis contextual que permitió su adecuación al entorno sociocultural y al sistema de salud mexicano.

El PHBAM se fundamenta en modelos teóricos del cambio de comportamiento en salud ampliamente validados, los cuales orientan la definición de los componentes activos de la intervención, las conductas objetivo y las variables de proceso y resultado. Asimismo, la intervención fue estructurada bajo principios metodológicos propios de la investigación en intervenciones complejas y de la ciencia de la implementación, lo que permite su evaluación sistemática, reproducibilidad y potencial transferencia a distintos contextos de atención en salud.

La estructura del libro integra, en una primera parte, los antecedentes, fundamentos teóricos y metodológicos, así como la planificación de la intervención; y en una segunda parte, la descripción detallada de los procedimientos operativos, sesiones, instrumentos y materiales necesarios para su implementación. De esta manera, la obra articula la generación de conocimiento aplicado con su utilización práctica, favoreciendo tanto la producción científica como su impacto en escenarios reales de atención comunitaria.

En conjunto, *Healthy Beginnings adaptada culturalmente al contexto mexicano* se presenta como una contribución relevante al campo de la investigación en salud y a la disciplina de enfermería, al integrar evidencia científica, rigor metodológico y aplicabilidad práctica, consolidándose como un producto académico susceptible de evaluación, replicación y transferencia en el marco de la investigación aplicada y la innovación en salud.

Contenido	Página
PARTE I	
Componentes de la intervención	2
CAPÍTULO I	
Introducción Programa Healthy Beginnings	3
Adaptación Healthy Beginnings	4
Justificación de la adaptación de Healthy Beginnings al contexto de México	4
Objetivos del programa	6
Programa Healthy Beginnings Adaptado culturalmente al contexto de México (PHBAM)	7
Contenido del PHBAM: Grupo intervención	9
Contenido del PHBAM: Grupo control	11
Actividades de seguimiento	12
Resultados del programa	12
CAPÍTULO II	
El sistema de intervención del PHBAM	14
Fundamentos teóricos	14
Características distintivas del programa	20
CAPÍTULO III	
Planificación del programa	22
Coordinación con el personal del lugar	22
Descripción general	22
Establecimiento del programa	22
Definición del área de reclutamiento	22
Criterios de inclusión	23
Criterios de exclusión	23
Criterios de eliminación	23
Procedimiento para el seguimiento	23
Ausencia a una sesión	24
CAPÍTULO IV	

Preparación para dirigir el PHBAM	25
Descripción general	25
Capacitación y preparación profesional	25
Aspectos básicos del programa	26
Preparación del entorno	26
CAPÍTULO V	
Procedimientos de evaluación	
Descripción general	29
Procedimiento de recolección de información	29
Mediciones del proceso del programa	35
CAPÍTULO VI	
Aspectos relativos al proceso	36
Descripción general	36
Principios de la intervención	36
Establecer una relación de colaboración	37
Estrategias de prevención de problemas durante el proceso	39
<i>Estrategias de manejo de problemas del proceso frecuente</i>	41
PARTE II	
Descripción de las sesiones	43
Sesión 1: Tercer trimestre	44
Sesión 2: Primer mes	48
Sesión 3: Tercer mes	54
Sesión 4: Quinto mes	58
Grupo control	63
PARTE III	
Cierre del programa	65
Descripción general	66
Referencias	67
Anexos	71
Anexo 1. Folletos informativos	72

Anexo 2. Infografía control 1	106
Anexo 3. Infografía control 2	107
Anexo 4. Cédula de reclutamiento	108
Anexo 5. Encuesta telefónica para las participantes	109
Anexo 6. Cédula de registro y seguimiento de participantes	121
Anexo 7. Escala de satisfacción del cliente	122
Anexo 8. Lista de control prenatal	124
Anexo 9. Lista de control 1 mes	125
Anexo 10. Lista de control 3 meses	128
Anexo 11. Lista de control 5 meses	133



PARTE I

Componentes de la Intervención

COMPONENTES DEL LA INTERVENCION HEALTHY BEGINNINGS ADAPTADO CULTURALMENTE AL CONTEXTO MEXICANO (PHBAM)

El PHBAM ha sido diseñado por un equipo multidisciplinario en salud con el objeto de poner a disposición del personal de enfermería de primer nivel de atención un marco de trabajo basado en la mejor evidencia disponible a nivel internacional y con ello, utilizarlo para brindar cuidado sobre prácticas saludables de alimentación infantil y juego activo, en futuras madres dentro de los 1000 mil días de vida. Contar con la información podrá contribuir a mejorar los índices de lactancia materna, alimentación complementaria y juego activo de las diadas participantes, y con ello, buscar prevenir los problemas de malnutrición de los niños a edades tempranas.

CAPÍTULO I

Introducción al Programa Healthy Beginnings

¿Qué es Healthy Beginnings?

Healthy Beginnings (HB) es un ensayo clínico aleatorio de origen australiano, desarrollado por un equipo multidisciplinario e implementado por enfermeras comunitarias. El programa original tuvo como objetivo evaluar la efectividad de una intervención temprana en el hogar sobre el índice de masa corporal (IMC) de los niños a los 2 años. La medida de resultado principal en el estudio fue la puntuación z del IMC, y las secundarias los comportamientos saludables sobre alimentación infantil, la lactancia materna, la introducción a los sólidos y la actividad física, así como mejorar los factores de riesgo conductuales de la familia para el desarrollo de obesidad infantil (Wen et al., 2007; 2012). En sus resultados, el estudio mostró efectividad para disminuir parámetros de peso en los participantes del grupo de intervención.

Para más información puede escanear el siguiente código QR



Adaptación Healthy Beginnings

Dentro del proceso de desarrollo e implementación de intervenciones de salud, la literatura menciona que el utilizar intervenciones basadas en evidencia, que ya han sido probadas, es una acción que resulta ser más eficiente que el desarrollar una nueva para el entorno donde se piensa ejecutar. Sin embargo, para que este proceso sea exitoso, no basta con la transferencia sencilla de la intervención, es necesario una adaptación minuciosa al nuevo contexto (Moore et al., 2021). Respecto a lo anterior, la adaptación es una fase fundamental dentro del proceso de implementación de un programa de salud. Esta se puede definir como el proceso de alteración reflexiva y deliberada de una intervención con el objetivo de mejorar su adecuación o eficacia a una cultura, idioma o contexto (Escoferry et al., 2018; Stirman et al., 2019). Además, constituye un pilar en la reducción de disparidades en salud aumentando el acceso a la salud y a intervenciones efectivas de las poblaciones más necesitadas (Murray et al., 2016).

Justificación de la adaptación culturalmente de Healthy Beginnings al contexto al contexto de México (PHBAM)

México cuenta con un problema serio de sobrepeso y obesidad infantil, además de una alta prevalencia de factores de riesgo relacionados con prácticas de alimentación infantil inadecuadas como baja lactancia materna exclusiva, introducción de alimentación complementaria antes del tiempo estipulado y alimentación de alto contenido calórico, los cuales han sido reconocidos por el gobierno nacional como un problema de salud y una oportunidad para realizar intervenciones para modificarlos y prevenirlos (Rivera et al., 2020).

Según un análisis profundo elaborado por el Instituto Nacional de Salud Pública sobre políticas de promoción de la salud, en México, los programas desarrollados para la atención en la primera infancia carecen de orientación, además, existe una falta de capacitación del personal encargado de estos. Aunado a lo anterior, actualmente el país adolece de políticas y estrategias contundentes para proteger y apoyar la lactancia materna; hay falta de acceso a servicios de salud y falta de capacitación-actualización de los profesionales de la salud para la prevención y manejo de la mala nutrición; además de una política débil de promoción de actividad física donde se incluya a los menores de 5 años y finalizando con una falta de concientización poblacional sobre exposiciones ambientales (relacionadas con la obesidad infantil) en etapas críticas como los primeros 1000 días de vida (Rivera et al., 2021).

Dando seguimiento a lo anterior, tras el análisis de las carencias en políticas de salud identificadas en nuestro país, la misma institución hace recomendaciones basadas en evidencia para cada situación con el objetivo de subsanar los vacíos de estas, donde se hace hincapié en invertir en política pública durante la primera infancia que busque reducir los diferentes riesgos del desarrollo infantil; capacitar a los prestadores de servicios orientados a la primera infancia y la importancia de esta etapa; incrementar las investigaciones sobre el desarrollo infantil temprano a nivel nacional, por ejemplo la evaluación de estrategias diseñadas de acuerdo al contexto mexicano y su impacto en el desarrollo infantil temprano; implementar estrategias con probada efectividad para la promoción de la actividad física y alineadas al Plan de Acción Global en Actividad Física 2018-2030; impulsar la formación de recursos

humanos en el campo de la promoción e investigación en la actividad física.

En relación con el personal de salud, las recomendaciones son: educar y capacitar al personal en materia de lactancia materna; apoyar a las madres a través de grupos de apoyo comunitario, consejería y visitas domiciliarias para brindar información y apoyo durante el embarazo y las primeras semanas postparto; monitorear la práctica de lactancia materna en la población y evaluar las intervenciones para mejorar con base en evidencia, la toma de decisiones de política pública, y para finalizar, se recomienda implementar campañas de promoción para el cambio de comportamiento a través de medios tradicionales o novedosos, adecuados culturalmente para promover la alimentación saludable, la actividad física y disminuir el tiempo frente a pantallas (Rivera et al., 2021).

Sin embargo, en México hasta el momento no se han implementado intervenciones de prevención de obesidad con enfoque en los primeros 1000 días de vida, ni se cuenta con evaluaciones y resultados que permitan conocer el impacto generado para esta población.

Objetivos del programa

El objetivo del programa PHBAM es mantener un peso del lactante adecuado a través de:

- Aumentar el tiempo en el cual se brinda lactancia materna exclusiva
- Realizar una correcta introducción a los alimentos sólidos
- Emplear la práctica del tiempo boca abajo

Programa Healthy Beginnings Adaptado Culturalmente al contexto de México (PHBAM)

El PHBAM se fundamenta en la intervención Healthy Beginnings posterior a un proceso de adaptación cultural. Dentro de la implementación se dividirá a las participantes en dos grupos: uno de intervención y uno de control. A continuación, se presentan los contenidos y actividades para cada grupo.

Contenido del PHBAM: Grupo intervención

El PHBAM consta de entregar en los hogares de las participantes 4 paquetes que incluirán folletos informativos de la intervención los cuales se encuentran diseñados para brindar apoyo educativo centrado en la lactancia materna, alimentación complementaria y juego activo (Anexo 1). Estos serán entregados por etapas determinadas según los hitos del desarrollo infantil. Posterior a la entrega, se dará soporte mediante una llamada telefónica por parte de una enfermera de investigación dentro de 1 semana posterior a la entrega del folleto. En cada contacto telefónico la enfermera pasará aproximadamente 30 minutos hablando con la madre para revisar los recursos de la intervención enviados con anticipación y discutir los problemas o inquietudes planteados por la madre. En la Tabla 1 se presenta el resumen de los contenidos abarcados en cada sesión.

Tabla 1

Resumen de los contenidos por sesión

Etapas	Mensaje principal	Contenido	Duración
3er trimestre	Lactancia materna y/o fórmula <i>"La leche materna es lo mejor"</i>	Pautas de lactancia materna; beneficios de la lactancia materna y estrategias para superar las barreras asociadas con la lactancia materna	20-60 min
1 mes	Lactancia materna y/o fórmula <i>"El pecho es lo mejor"</i> <i>"El tiempo boca abajo es divertido"</i> <i>"No hay alimentos sólidos para mí hasta los 6 meses"</i>	Respuesta rápida a mujeres con problemas para iniciar la lactancia después del parto, especialmente mujeres que dieron a luz por cesárea; asesoramiento sobre el establecimiento del patrón de lactancia; gestión de problemas; "Tiempo boca abajo" para bebés	20-60 min
3 meses	Lactancia materna y/o fórmula Momento de la introducción de sólidos <i>"El tiempo boca abajo es divertido"</i> <i>"No hay alimentos sólidos para mí hasta los 6 meses"</i>	Asesoramiento en el establecimiento de patrones de lactancia; gestión de problemas; "tiempo boca abajo" para bebés; introducción de sólidos después de 6 meses; alentar a las madres que regresan al trabajo a continuar amamantando	20-60 min
5 meses	Momento de la introducción de sólidos Tiempo boca abajo <i>"No hay alimentos sólidos para mí hasta los 6 meses"</i>	Reforzar el patrón de lactancia; gestión de problemas; "tiempo boca abajo" para bebés; introducción de sólidos a partir de los 6 meses; alentar a las madres que regresan al trabajo a continuar amamantando	20-60 min

Contenido del PHBAM: Grupo control

Las integrantes del grupo control recibirán la atención habitual proporcionada por su sistema de salud que comprende las consultas determinadas para el tercer trimestre de embarazo y el seguimiento del niño sano. Aunado a lo anterior, se entregará una infografía sobre Seguridad infantil, a los meses 2 y 4 del estudio, basado en las recomendaciones de la Estrategia Prevención de accidentes en el hogar en las niñas y niños menores de 10 años (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia [CENSIA], 2015). A continuación, se describe el contenido de los boletines por mes de entrega.

2 meses: Información general sobre los accidentes más frecuentes que ocurren en el hogar y como anticiparse a ellos: quemaduras, ahogamiento, asfixia, caídas e intoxicaciones (Anexo 2).

4 meses: Recomendaciones para niñas y niños menores de 1 año para la prevención de los principales accidentes en el hogar: muerte súbita, asfixia, caídas, ahogamiento, quemaduras, envenenamiento y transporte (Anexo 3).

Actividades de seguimiento

Grupo de intervención (experimental)

Línea base

Tercer trimestre de embarazo: se realizará una entrevista telefónica con duración aproximada de 20 a 60 minutos por parte de personal de enfermería donde se deberá:

- Verificar los criterios de inclusión y exclusión (Anexo 4).
- Recopilar datos auto reportados a través de los cuestionarios pertinentes: información sobre datos sociodemográficos, hábitos de alimentación y actividad física de la madre.
- Entrega de paquete con los folletos de la intervención (Folleto prenatal, 0-2 meses, 2-4 meses y 4-6 meses).
- Soporte/ asesoramiento respecto a pautas de lactancia materna, beneficios de la lactancia materna, estrategias para superar barreras relacionadas con la misma, nutrición infantil y juego activo.
- Verificar información de contacto.

Visitas intermedias

- **1 mes:** se realizará llamada telefónica de soporte/ asesoramiento de aproximadamente 20-60 minutos respecto a problemas para iniciar con la lactancia después del parto y el patrón de lactancia, señales de hambre y saciedad, juego activo y nutrición infantil.
- **3 meses:** se realizará llamada telefónica de soporte/asesoramiento de aproximadamente 20-60 minutos respecto patrones de lactancia, introducción a los sólidos, juego activo, lactancia materna y trabajo.
- **5 meses:** se realizará llamada telefónica de soporte/asesoramiento de aproximadamente 20-60 minutos respecto reforzar patrones de lactancia, introducción a los sólidos, juego activo, lactancia materna y trabajo.

Visita de estudio final

- **6 meses:** mediante una llamada telefónica de aproximadamente 20 a 60 minutos, se preguntará a las madres sobre sus prácticas de alimentación infantil (lactancia materna y momento de introducción a los sólidos). Se agendará visita domiciliaria para medición de talla y peso del hijo en un periodo menor a 2 semanas posterior a la llamada.

Visita de retiro

Si la participante se retira del estudio, se realizará una llamada para corroborar y obtener información respecto a la razón de su decisión y agradecer su participación, así como alentar a seguir con las recomendaciones entregadas. Se tomará registro de la información recabada con relación al retiro.

Contenido del PHBAM Grupo control

Se enviará un archivo PNG a las madres por vía mensaje de texto/multimedia a su número celular, correspondiente a la infografía sobre el tema previamente señalado según el mes estipulado. El archivo constará de una sola hoja donde la información será acompañada de imágenes alusivas al tema a tratar. Se considerará como completa la entrega del material al recibir un mensaje de confirmación de recepción posterior al envío el cual se registrará en una base de datos.

Para finalizar, en la Tabla 1 se muestra la calendarización de las actividades del PHBAM.

Tabla 1. Actividades calendarizadas del PHBAM

	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Instrumentos
Capacitación	x							Certificaciones y capacitaciones.
Reclutamiento	x	x						• Criterios de inclusión • Consentimiento informado • Cédula de inscripción y seguimiento
INT:Llamada 1		x	x					• Folleto prenatal • Encuesta telefónica para las participantes • Lista de control prenatal
INT:Llamada 2			x	x				• Folleto 0-2 meses • Lista de control 1 mes
INT:Llamada 3				x	X			• Folleto 2-4 meses • Lista de control 3 meses
INT:Llamada 4					x	x		• Folleto 4-6 meses • Encuesta telefónica para las participantes • Lista de control 5 meses
CNT: Folleto 1			x					• Folleto 1 • Lista de verificación recepción
CNT: Folleto 2					x			• Folleto 2 • Lista de verificación recepción
Medición final					x	x	x	• Escala de satisfacción • Instrumentos de medición • Cédula de datos antropométricos
Análisis de datos							x	• Expedientes completos

Nota: INT: Grupo intervención; CNT: Grupo control.

Resultados del programa

Según las bases teóricas del programa se propone lo siguiente: las madres que reciben un programa para la prevención de la obesidad infantil, considerando las características sociodemográficas de las mismas, aumentan su conocimiento sobre la obesidad infantil y se modifican sus creencias-prácticas relacionadas con la misma, por lo tanto, aumenta la autoeficacia para la prevención, y con ello, la probabilidad de realizar la acción de prevención de la obesidad infantil.

CAPÍTULO II

El Sistema de intervención del PHBAM

Fundamentos teóricos

El fundamento teórico del PHBAM utiliza como base el Modelo de Creencias de Salud y la Teoría del Aprendizaje Social.

El Modelo de Creencias en Salud es una teoría de promoción de la salud y tiene su origen en las teorías de aprendizaje. Esta cuenta con múltiples conceptos primarios integrados por la susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras de un comportamiento, señales de acción, autoeficacia y variables socioeconómicas y demográficas, los cuales predicen por qué las personas realizarán la acción de prevenir, detectar o controlar distintas enfermedades (Rosenstock et al., 1974; Rosenstock, 1966; 1988). Los conceptos utilizados por la teoría se especifican a continuación:

Susceptibilidad percibida; se refiere a las creencias sobre la probabilidad de contraer una enfermedad o condición.

Severidad percibida; los sentimientos sobre la gravedad de contraer una enfermedad o de dejarla sin tratar que incluye evaluaciones tanto de las consecuencias médicas y clínicas como de las posibles consecuencias sociales. A la combinación de susceptibilidad y gravedad se le conoce como amenaza percibida.

Beneficios percibidos; creencia en la eficacia de la acción aconsejada para reducir el riesgo o la gravedad del impacto.

Barreras percibidas; creencia acerca de los costos tangibles y psicológicos de la acción aconsejada.

Señales de acción; son las estrategias para activar la disposición. Pueden ser internas, cómo síntomas físicos o percepciones corporales, o externas, como consejos de familiares, educación para la salud, recomendaciones de los medios de comunicación.

Auto eficacia; es la convicción de que uno puede ejecutar con éxito la conducta requerida para producir los resultados.

Variables demográficas, sociopsicológicas y estructurales; estas características del individuo pueden influir en las percepciones de susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras, por lo tanto, inciden indirectamente la posibilidad de que el comportamiento relacionado con la salud se realice o no.

Dicho modelo propone la hipótesis de que la decisión de emprender una acción sanitaria no se tomará a menos que el individuo esté psicológicamente preparado para actuar en relación con una amenaza o una condición de salud en específico. La resolución para actuar se define por el grado en que:

1. El individuo se siente susceptible a la condición en cuestión y el grado en que su posible ocurrencia se considera que tiene consecuencias graves.

2. El individuo cree que hay acciones que serían beneficiosas para reducir su susceptibilidad y/o la gravedad de la condición en caso de que ocurra.

3. El individuo cree que los costes psicológicos asociados a la adopción de la acción sanitaria son superiores a los beneficios que se derivan.

La integración original del modelo estaba orientada únicamente al deseo de evitar una amenaza de enfermedad específica; este enfoque se ha reformulado y ampliado para incluir una dimensión de motivación sanitaria general. Dicha dimensión se añadió para representar las diferencias relativamente inespecíficas y estables en el interés por la salud de los individuos, así como las percepciones de control sobre las cuestiones de salud.

Respecto a la Teoría del Aprendizaje Social, durante la historia se han desarrollado diversas teorías que buscan comprender el proceso de aprendizaje de los seres humanos enfocados en las interacciones sociales, la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura es una de ellas (Bandura, 1969; 1977; 1985). Esta teoría ha sido considerada como un puente entre el conductismo, el cual considera el aprendizaje como un cambio de comportamiento alcanzado a través del uso del refuerzo y la repetición, y la teoría cognitiva, que postula que los diversos procesos vinculados con el aprendizaje pueden demostrarse analizando los diferentes procesos mentales. La teoría postula que las personas aprenden unas de las otras a través de la observación, la imitación y el modelado. Aunado a lo anterior, el aprendizaje puede producirse sin un cambio de comportamiento.

La teoría expresa que el aprendizaje entre los seres humanos se basa en un enfoque de comportamiento social donde las personas aprenden de los demás mediante dos procesos: la observación del comportamiento en cuestión y el modelado (o aprendizaje vicario). Sin embargo, el autor propuso que los procesos cognitivos o estados mentales internos tienen influencia en este proceso, ya que estos determinarán si la persona replicará el comportamiento o no. Este

razonamiento surgió a causa de que Bandura basó el análisis de la conducta humana dentro del marco teórico de la reciprocidad triádica, el cual argumenta que el aprendizaje se desarrolla por la interacción de tres elementos: las conductas, las variables ambientales y los factores personales como las cogniciones.

En síntesis, se propone que las personas aprenden unas de otras a través de la observación, imitación y el modelado. En el desarrollo, las personas observadas o que realizan el comportamiento, se denominan modelos y al proceso de aprendizaje que se daría posterior a la observación se le llama modelado. Según Bandura, la imitación y el modelado de la conducta se producirá si la persona observa resultados positivos y deseados en la primera etapa.

Los tres conceptos principales de la teoría, aprendizaje observacional, refuerzo intrínseco y el modelado se definen brevemente a continuación:

El aprendizaje observacional se puede realizar mediante tres modelos básicos: un modelo vivo, que propone que una persona real demuestre el comportamiento; un modelo instruccional verbal, que implica la descripción y explicación del comportamiento; y, por último, un modelo simbólico, que utiliza a personajes reales o ficticios que muestran el comportamiento en libros, películas, programas de televisión o métodos de comunicación en línea.

El refuerzo intrínseco es reconocido como una forma de recompensa interna, como la satisfacción y la sensación de lograr algo. Otra característica de este tipo de aprendizaje es que también hace énfasis en los pensamientos y las cogniciones internas. Es aquí donde se conectan las teorías del desarrollo cognitivo y las del aprendizaje.

El modelado o aprendizaje vicario se integra por los conceptos de atención, retención, reproducción y motivación, los cuales son esenciales para que el aprendizaje se lleve a cabo. Estos se definen brevemente a continuación:

Atención, la persona debe observar primero el modelo. Es importante que sea llamativo o diferente, ya que esto llamará más la atención, o de igual forma, si se considera al modelo, prestigioso, atractivo o se parece al usuario.

Retención, el observador debe tener la capacidad de recordar el comportamiento observado.

Reproducción, es la capacidad de replicar el comportamiento que el modelo demostró con anterioridad.

Motivación, el involucrado debe querer demostrar que ha aprendido. En esta etapa el juego de refuerzo y castigo representan un papel fundamental para desarrollar la motivación.

Los conceptos centrales para la estructuración teórica del PHBAM son variables demográficas, sociopsicológicas y estructurales, amenaza percibida, autoeficacia y acción, pertenecientes al Modelo de creencias en salud, y el aprendizaje vicario, correspondiente a la Teoría de aprendizaje social. A continuación, se describen cada uno de ellos.

Del constructo variables demográficas, sociopsicológicas y estructurales, se deriva el concepto, *Características sociodemográficas*. Este hace referencia a la edad de la madre, situación laboral, nivel educativo y estado civil, mismas que pueden influir en las percepciones de la madre respecto a la OB infantil (amenaza percibida), autoeficacia y por consecuencia, en la realización de la acción preventiva

del SP/OB infantil. Para la medición del concepto se considerará la sección de datos demográficos de la Encuesta telefónica para las participantes del programa.

Aprendizaje vicario, constructo del cual se genera el concepto *Programa HB para la prevención de la obesidad infantil*. El Programa HB es una intervención de salud educacional proporcionada por personal de enfermería, empleada para aumentar el conocimiento, susceptibilidad, autoeficacia relacionada con la prevención de obesidad infantil con el fin de activar la disposición de la madre a realizar una acción preventiva de SP/OB del hijo (Bandura, 1985; Rosenstock, 1988). Este concepto será medido a través de la factibilidad y la eficacia preliminar de la intervención.

Amenaza percibida, de este constructo se derivan dos conceptos: *Conocimiento de la madre sobre OB infantil y Percepciones relacionadas con la OB infantil*. El primero hace referencia a la información que posee la madre sobre definición, causas y efectos de la obesidad infantil, prácticas de alimentación (lactancia materna, alimentación complementaria, señales de hambre y saciedad) y actividad física del niño, mismas que pueden influir en la autoeficacia y la acción preventiva del SP/OB infantil. Se medirán los conocimientos de la madre sobre la lactancia materna y alimentación complementaria, así como la intención de amantar.

El segundo concepto, *Percepciones relacionadas con la OB infantil*, se refiere a las ideas que tiene la madre sobre la probabilidad y preocupación de que su hijo desarrolle sobrepeso u obesidad (Flores & Ávila, 2021; Lindsay et al., 2018). Este concepto se medirá a través de la variable *Preocupación por la obesidad*. Para la

medición del concepto utilizará la Encuesta telefónica para las participantes del programa.

Autoeficacia, de este surge el concepto de *Autoeficacia para la crianza*, refiriéndose a la convicción de la madre de que puede ejecutar con éxito las conductas necesarias para la crianza de su hijo, en este caso, las relacionadas a brindar lactancia materna, promover la actividad física en el lactante y ejecutar una correcta introducción a los sólidos. Para la medición del concepto se utilizará la variable Confianza de la madre en la crianza los hijos medida a través de la Escala de confianza en la crianza de los hijos de Karitane 2008.

Acción, de este emana el concepto *Acción de prevención de obesidad infantil*. En la presente investigación se refiere a las conductas que realiza la madre para la prevención del SP/OB del hijo y están relacionadas con la práctica de lactancia materna, la introducción a los sólidos, la práctica del tiempo boca abajo y el puntaje z del peso/longitud del hijo. Dichas variables se encuentran contenidas en la Encuesta telefónica para las participantes del programa.

Características distintivas del programa

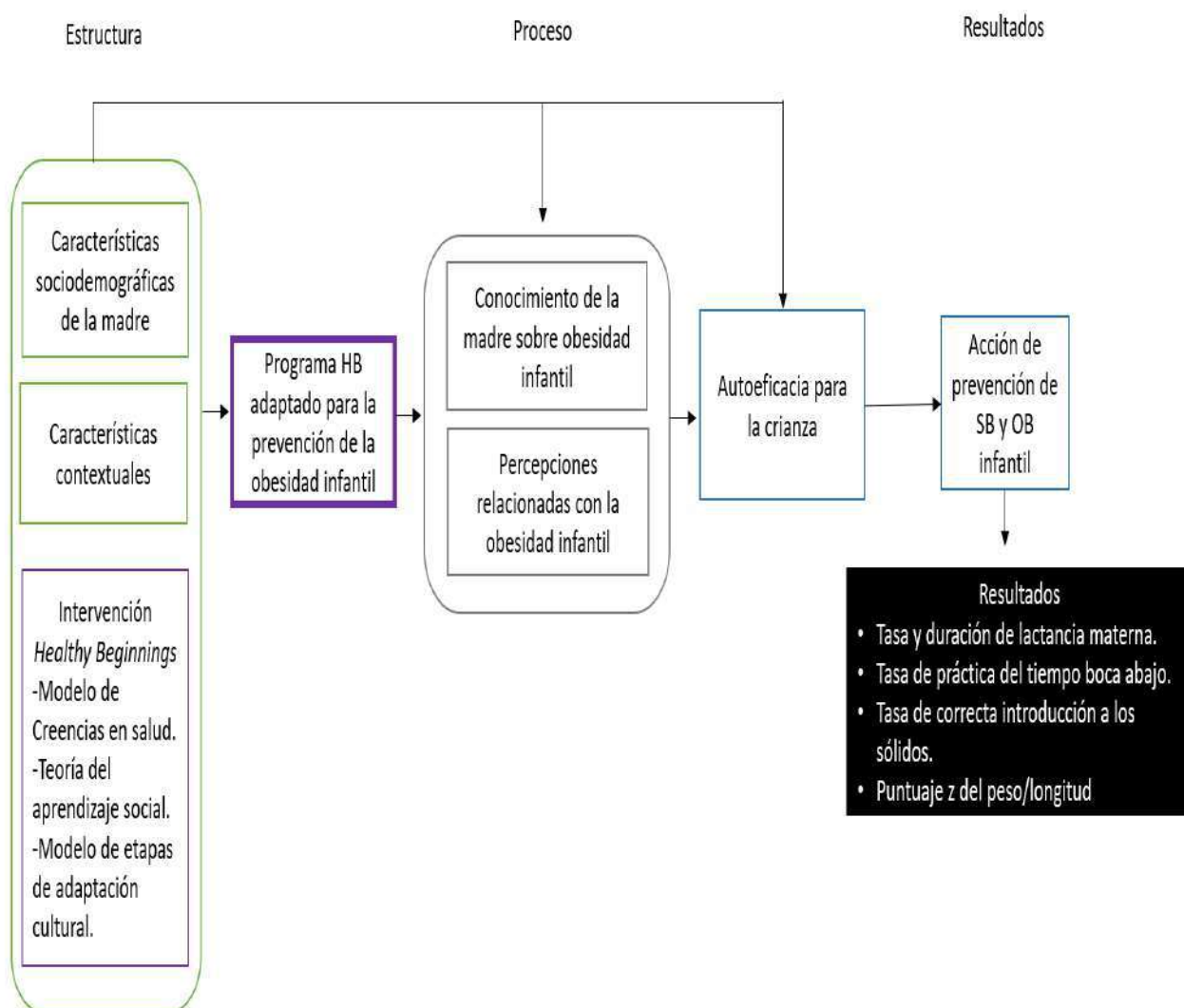
Modalidades de entrega;El programa puede ser entregado de forma presencial en modo de visitas domiciliarias; por medio de llamadas telefónicas o por mensaje de texto, a través de los cuales se brinda apoyo en relación con los contenidos abordados. La *Capacidad de adaptación del PHBAM* ha probado su capacidad de adaptación a culturas diferentes a original manteniendo la efectividad de sus resultados en los parámetros objetivo.

Resumen

Las estrategias del PHBAM se enfocan en la prevención temprana de la obesidad infantil. El MCS y la TAS se utilizan como base para guiar el teóricamente el programa. En la Figura 1 se presenta el Modelo lógico del programa.

Figura 1.

Modelo Lógico de la intervención Healthy Beginnings adaptada culturalmente



CAPÍTULO III

Planificación del programa

Coordinación con el personal del lugar

Como parte de la implementación del PHBAM se debe trabajar en coordinación con el área directiva y operativa del hospital sede y centros de salud seleccionados. El trabajo en equipo genera un ambiente de confianza para la participante, los facilitadores e investigadores.

Descripción general

El éxito de la implementación completa del PHBAM se basa en la ejecución de cada uno de los elementos que lo integran: estrategias de promoción y reclutamiento de las participantes, contar con profesionales de la salud competentes y previamente capacitados, así como contar con la supervisión necesaria y de calidad. En esta sección se exponen los aspectos relacionados con el reclutamiento y los aspectos logísticos del programa.

Establecimiento del programa

Definición del área de reclutamiento

El plan de reclutamiento está diseñado para considerar a mujeres embarazadas de nivel socioeconómico y educativo bajo, que no cuenten con acceso a servicios de salud privados enfocados en la educación pre y postnatal. El lugar de reclutamiento será el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora.

Criterios de inclusión

Mujeres mayores de 18 años, entre las semanas 24 y 34 de embarazo, que hablen idioma español, que cuenten con teléfono celular, que tenga intención de amamantar.

Criterios de exclusión

Ser diagnosticada durante el control prenatal con una condición médica grave que ponga en riesgo la vida de la madre o el hijo; diagnóstico de anomalías fetales mayores (basándose en los datos del expediente médico), embarazo múltiple y no tener la capacidad de brindar su consentimiento informado.

Después del parto: presencia de una discapacidad física o intelectual en el recién nacido que pueda influir en los hábitos alimenticios, presencia de un problema de salud crónico en un niño que pueda influir en el peso o la talla.

Criterios de eliminación

No cumplir con al menos 2 de las 4 llamadas, no completar los datos solicitados, falta de cooperación.

Procedimiento para seguimiento

Se le enviará un mensaje de texto SMS y/o WhatsApp como recordatorio de la cita a cada participante con 24 horas de anticipación. La facilitadora llamará por teléfono individualmente a la madre participante en las fechas previamente establecidas. Al momento de la llamada se deberá contar con los instrumentos necesarios para los registros pertinentes.

Ausencia a una sesión

Si alguna de las participantes expone que no podrá atender una de las llamadas programadas, se le solicitará una re-agendación en un periodo no mayor a 7 días. En caso de no tomar alguna de las 4 llamadas (Tercer trimestre, 1 mes, 3 meses y 5 meses) se dará continuidad a las siguientes hasta finalizar el tiempo de la intervención.

CAPÍTULO IV

Preparación para dirigir el PHBAM

Descripción general

Para garantizar que el contenido y el material de las sesiones del PHBAM sea utilizado de forma óptima por los facilitadores, se requiere realizar una capacitación previa de los mismos. Es fundamental que los facilitadores se encuentren familiarizados con los componentes centrales de la intervención. A continuación, se describe este proceso.

Capacitación y preparación profesional

Los profesionales que participarán en el proceso de implementación del PHBAM deberán completar las siguientes etapas:

Asistencia a sesiones de capacitación. La capacitación brinda las herramientas y conocimientos necesarios para llevar a cabo con éxito la intervención. Esto se puede ver reflejado en habilidades para:

- Conocimiento del protocolo
- Uso de encuestas para evaluación de variables
- Conocer estrategias para promover cambio de conducta
- Realizar llamadas telefónicas de apoyo

Completar certificaciones recomendadas. Los profesionales deberán realizar las certificaciones recomendadas por parte de los investigadores y familiarizarse

con investigaciones actualizadas sobre prevención de la obesidad infantil a temprana edad.

Familiarizarse con el material del programa. El facilitador leerá todo el material a utilizarse en el programa (material de reclutamiento, registros, encuestas, folletos informativos) con el objetivo de conocerlo previamente y resolver dudas en caso de existirlas.

Aspectos básicos del programa

Familiarizarse con el programa completo antes de iniciar

Es de suma importancia que el facilitador conozca los conceptos clave, estrategias y procedimientos a retomar en cada llamada telefónica previo al comienzo del programa. Para ello, lea las sesiones presentadas en este trabajo en conjunto con el material audiovisual proporcionado y el trabajo del participante. De ser posible, ensayar las llamadas con un colega antes de iniciar la sesión

Preparación del entorno

Tener todos los materiales preparados. Los materiales que utilizarás son: contenido de las sesiones, guía de llamada telefónica, expediente de participante, teléfono celular, computadora.

Llegar temprano y preparar el entorno físico. Para el inicio de cada sesión, se recomienda llegar al área de trabajo 30 minutos antes de comenzar con el protocolo de llamadas. Se deberá contar con un espacio en silencio, celular con carga suficiente (mayor a 80%), silla cómoda, escritorio y computadora.

Consejos sobre el formato de la sesión. Se solicita iniciar puntualmente con la llamada telefónica. Siempre utilizar este trabajo como una guía para cada sesión y respetar la secuencia de las sesiones previamente establecidas, la duración de cada llamada.

Consejos para realizar una llamada de apoyo. Algunos elementos que le ayudarán a guiar una llamada telefónica son:

- Conserve el respeto a las personas participantes sin distinción.
- Dirija llamada con voz clara y pausada.
- Estar atento a las dudas que puedan surgir sin perder el orden de la secuencia de llamada.
- Si una participante desvía el tema de la llamada, no la detenga o interrumpa de forma brusca o descortés, sino escuche lo que tenga que decir, luego trate de centrarla de nuevo en la sesión. Recuerde que usted es quien dirige la sesión y por lo tanto debe tener el control de la situación.
- La manera más satisfactoria de mantener el control en una llamada es generar un ambiente agradable en todo momento. La mejor forma es dirigirse de forma amable e interesada en el aprendizaje de las participantes y establecer una comunicación efectiva.

Consejos para el uso de materiales. Se recomienda seguir y apegarse al guion establecido por el programa. Los textos que se incluyen en este trabajo son una guía para que las llamadas se encuentren estandarizadas sin diferencia por quién ejecute esta.

Dejar ordenada el área de trabajo. Al finalizar la jornada, hay que asegurarse de que el área de trabajo quede en orden y poner a cargar la batería eléctrica de los materiales que así lo requieran (ej. Teléfono celular).

CAPÍTULO V

Procedimientos de evaluación

Descripción general

El evaluar los resultados es un proceso primordial para conocer la efectividad del programa. Por lo anterior, es importante ejecutar como primer paso una óptima recolección de los datos. Para cumplir con los requisitos del programa, se propone abarcar las siguientes áreas:

- Características sociodemográficas de las participantes
- Factibilidad y aceptabilidad
- Conocimiento de la madre sobre obesidad infantil
- Creencias y prácticas relacionadas con la obesidad infantil
- Autoeficacia para la prevención de obesidad infantil
- Acción de prevención de la obesidad infantil

A continuación, se describen los recursos necesarios para la recolección de los datos.

Procedimiento de recolección de información

El proceso de recolección de información se realizará a lo largo de la implementación del programa: 1) antes de iniciar la primera llamada de soporte telefónico, 2) Primer llamada de soporte telefónico, 3) Segunda llamada de soporte telefónico, 4) Tercer llamada de soporte telefónico, 5) Cuarta llamada de soporte telefónico, 6) Toma de medidas finales.

Durante el proceso debe asegurarse que todas las preguntas sean contestadas por las participantes. A continuación, se presentan los instrumentos a utilizar.

Características sociodemográficas. Para la evaluación de los *datos sociodemográficos de la madre* se recolectará lo siguiente a través de la Encuesta telefónica para las participantes: ¿Cuál es su edad? ¿cuál es su estado civil actual? ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado de su hogar? ¿Cómo describiría su situación laboral actual? ¿Cuál es el grado de estudio más alto que ha obtenido? (Anexo 5).

Factibilidad. Para la *evaluación de la factibilidad* se desarrolló una cédula de recolección de datos mediante la cual se registrará información relación al seguimiento del número de mujeres que completaron la intervención, el número de llamadas de asesoría de enfermería completadas, las barreras de participación expresadas verbalmente por las participantes (Anexo 6). Estos datos permitirán evaluar los indicadores: *Reclutamiento*, se considerará como el porcentaje de las mujeres embarazadas que aceptaron participar en la intervención sobre el total de las que cumplieron con los criterios de inclusión. *Retención*, se determinará como el porcentaje de las mujeres que completaron el total de sesiones de la intervención sobre el total de mujeres que iniciaron la intervención. *Número de llamadas completada*, número de llamadas de asesoría de enfermería completadas entre el total de llamadas propuestas por la investigación. Barreras de participación. Se consideran los inconvenientes o dificultades observadas antes, durante y después a la implementación de la intervención, expresadas por las participantes y los

facilitadores. *Materiales didácticos*, opinión de participantes y facilitadores sobre contenido, formato y lo que les disgustó y agrado de cada uno de los materiales proporcionados durante la intervención

Aceptabilidad. Aunado a lo anterior, para la evaluación de aceptabilidad se utilizará la Escala de Satisfacción del cliente (CSQ-8), una escala tipo Likert de 4 puntos donde 1 es igual a excelente; 2 es igual a bueno; 3 es igual a regular y 4 es igual a malo. Se ha demostrado la consistencia interna del instrumento (0.90) al utilizarse con población hispana (Roberts y Attkisson, 1983). La evaluación se realiza obteniendo la suma total de la escala, invirtiendo los ítems 2,4,5 y 8. La puntuación a obtener va de los 8 puntos hasta los 32, donde una mayor puntuación indica una menor satisfacción. La escala se encuentra constituida por 8 ítems divididos en 4 categorías: calidad del servicio, tipo de servicio, resultados y satisfacción general. La escala además de lo anterior incluye 3 preguntas de tipo cualitativo abiertas: ¿Qué es lo que más le gustó del programa? ¿Qué es lo que menos le gustó del programa? Si pudiera cambiar algo del programa ¿Qué sería? (Anexo 7).

Conocimiento de la madre sobre obesidad infantil. Para la evaluación del conocimiento de lactancia materna y alimentación complementaria se le realizarán 3 preguntas a la madre a través de la Encuesta telefónica para las participantes: Por lo que has oído y leído, ¿Hasta qué edad (de tu hijo) se recomienda dar lactancia materna exclusiva?; Por lo que has oído y leído, ¿Cuál crees que es la edad recomendada para dar a tu hijo alimentos sólidos por primera vez?; en una escala del uno al cinco ¿en qué medida crees que la lactancia materna exclusiva puede prevenir la obesidad infantil o los problemas de sobrepeso, donde 1 es no creer en

lo absoluto y 5 es creer firmemente? (Anexo 5).

Se considerará que la madre tiene conocimiento sobre lactancia materna y alimentación complementaria si esta responde de la siguiente forma: el dar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, la edad recomendada para el inicio de la alimentación complementaria son los 6 meses de edad (OMS, 2021a). En la última pregunta los puntos de respuesta van del 1 al 5, considerando la mayor puntuación (Creer firmemente) como percepción de riesgo (Wen et al., 2009).

Esto a través de la Encuesta telefónica para las participantes (Anexo 5).

Para la evaluación de *la intención de amamantar* se realizarán las siguientes 3 preguntas: ¿Piensa dar pecho a su hijo? ¿Hasta qué edad piensa dar exclusivamente pecho a su hijo? ¿Hasta qué edad tiene previsto amamantar a su hijo mientras le da otros alimentos, por ejemplo, sólidos o agua? Para su evaluación, la primera pregunta cuenta con las opciones de respuesta Si, No, No estoy segura; en caso de que la respuesta sea Si, se considerará que existe la intención de amamantar, y las siguientes dos preguntas se responderán con base de medición en meses y años (Wen et al., 2009). Esto a través de la Encuesta telefónica para las participantes (Anexo 5).

Percepciones relacionadas con la obesidad infantil. Para la evaluación de la *preocupación por la obesidad*, se responderá a la pregunta ¿En qué medida le preocupa que su hijo por nacer tenga sobrepeso? A la cual se le brindarán 5 opciones de respuesta: 1 = despreocupado; 2= un poco preocupado; 3= preocupado; 4= bastante preocupado; 5= muy preocupado. La puntuación para obtener va de la 1 a la 5, dónde la mayor puntuación se mide como la presencia de preocupación (Wen et al., 2010). Esto a través de la Encuesta telefónica para las

participantes (Anexo 5).

Autoeficacia para la crianza. Para la evaluación la autoeficacia para la crianza será considerada la confianza de la madre en la crianza de los hijos, utilizando la Escala de confianza en la crianza de los hijos de Karitane (Crncec et al., 2008) la cual ha reportado una consistencia interna aceptable (alfa de Cronbach= 0.81). La escala cuenta con 15 ítems con 4 opciones de respuesta, donde 1= No, casi nunca; 2= No, no muy a menudo; 3= Sí, algunas veces; 4= Si, la mayoría de las veces; en algunas preguntas se agregó una quinta respuesta categorizada como 5= No aplica. Para su evaluación se utiliza el total de la puntuación obtenida al sumar los ítems y se interpreta que una puntuación menor a 39 puntos indica riesgo clínico de baja confianza. Esta escala se encuentra incluida en la Encuesta telefónica para las participantes (Anexo 5).

Acción de prevención de la obesidad infantil. Para la evaluación del *estado nutricional del hijo*, se le harán a la madre las siguientes preguntas: ¿Cuánto pesó [nombre del niño] al nacer? ¿Cuál era la longitud de [nombre del niño] al nacer? ¿Cuánto pesaba [nombre del niño] a las 6-8 semanas de edad? ¿Cuál era la longitud de [nombre del niño] a las 6-8 semanas de edad?; Actualmente ¿Cuánto pesa [nombre del niño]?; Actualmente ¿Cuál es la longitud de [nombre del niño]?

Se tomarán a consideración estos datos y se clasificarán según lo indicado por la OMS para la interpretación del peso/longitud según el sexo del bebé, donde un percentil <2 es considerado bajo peso, ≥ 2 es peso saludable y ≥ 98 es sobrepeso (OMS, 2008). Esto a través de la Encuesta telefónica para las participantes (Anexo 5).

Para la evaluación de la *duración y tasa de la lactancia materna*, se realizarán

las preguntas: ¿Ha sido [nombre del niño] amamantado alguna vez? ¿Cuál fue el tiempo total que [nombre del niño] fue amamantado? Para la evaluación de tasa de introducción correcta a los sólidos se realizarán las siguientes preguntas: ¿Le ha dado alguna vez a [nombre del niño] algún alimento (sólido, blando, semisólido, como pure de frutas/verduras/cereales/huevo? ¿A qué edad se le dio a [nombre del niño] este alimento por primera vez? Para la interpretación de los resultados se utilizarán los criterios de la OMS sobre prácticas de alimentación del lactante (OMS, 2021). Esto a través de la Encuesta telefónica para las participantes (Anexo 5) y de las Listas de control prenatal, 1 mes, 3 meses y 5 meses (Anexos 9, 10 y 11)

Para la evaluación de la tasa de *práctica del tiempo boca abajo* y tiempo promedio de duración se contestará a las siguientes preguntas: ¿A qué edad empezó [nombre del niño] a pasar tiempo boca abajo cuando estaba despierto? ¿Cuántos días a la semana pasa [nombre del niño] sobre su pancita cuando esta despierto? ¿Cuántas veces al día coloca a [nombre del niño] sobre su pancita cuando esta despierto? ¿Cuánto tiempo permanece [nombre del niño] boca abajo cuando está despierto? Por cada vez, no por el total. Para su interpretación se tomarán como punto de referencia las Directrices sobre la Actividad Física, el Comportamiento Sedentario y el Sueño Para Menores de 5 años (OMS, 2019). Esto a través de la Encuesta telefónica para las participantes (Anexo 5) y de las Listas de control prenatal, 1 mes, 3 meses y 5 meses (Anexos 9, 10 y 11)

Mediciones del proceso del programa

Estás mediciones son ejecutadas solo por el facilitador. Por cada llamada telefónica realizada se debe llevar un registro con relación a la asistencia y características de la llamada. Se utilizan del anexo 6 al 11 y se ajusta de acuerdo a la edad del bebe.

CAPÍTULO VI

Aspectos relativos al proceso

Descripción general

Parte fundamental del éxito de una intervención radica en la capacitación de los profesionales que la implementarán. La colaboración facilitador-participante es de suma importancia para la solución de problemas. El facilitador debe tener la capacidad y conocimiento para guiar las sesiones telefónicas de forma eficiente, buscando obtener el mejor resultado en el tiempo disponible.

En este capítulo se brindan sugerencias para facilitar la experiencia de las llamadas de soporte telefónico, recomendando la utilización del Modelo de participación guiada (Rogoff, 1995), que busca anticipar y prevenir las dificultades durante el aprendizaje, esperadas o inesperadas, y promover la realización de las actividades. A continuación, se describen principios y estrategias del PHBAM.

Principios de la intervención

El apoyo a las mujeres embarazadas o en etapa de postparto para aprender nuevas habilidades y conocimientos es posible siguiendo los siguientes principios:

Alentar y apoyar a la mujer con baja alfabetización. El material enviado a los hogares de las participantes será discutido verbalmente con los facilitadores a través de una llamada telefónica. Se debe promover la participación de las mujeres sin distinción por nivel educativo, proporcionar atención y guía cuando así lo requiera.

Facilitar el acceso. Los horarios, disponibilidad de tiempo y recursos económicos pueden limitar el acceso de las mujeres y convertirse en una barrera para su asistencia a las llamadas telefónicas. Por lo anterior, el facilitador debe tener flexibilidad para reagendar y organizar su participación.

Usar intervenciones basadas en evidencia. Las intervenciones por implementar deben estar sustentadas teóricamente y tener la capacidad de ser observables (medidas). El PHBAM cuenta con resultados previos de aplicaciones anteriores donde se ha probado su efectividad para la disminución de la puntuación z del IMC de los infantes participantes. Además, se han estructurado los componentes teóricos del MCS y del TAS para ser probados y conocer si estos inciden en los conocimientos previos de la madre, aumentando así su autoeficacia y como punto final, modificando las prácticas de lactancia materna, alimentación complementaria y tiempo boca abajo.

Establecer una relación de colaboración

Según la literatura, la relación entre proveedor de salud y paciente resulta esencial para tener resultados positivos. Se propone que el facilitador, durante su participación, debe establecer una relación positiva y de confianza con las participantes, así como buscar desarrollar habilidades para establecer una comunicación efectiva. La confianza es una variable que tiene un rol estratégico en los procesos terapéuticos, generando resultados en el compromiso del participante por su salud (Vargas et al., 2020).

Asegurarse de estar preparado. Parte fundamental del proceso es el conocer completamente el contenido del programa. El estudio de este brinda la posibilidad de actuar sin la necesidad de consulta al momento de responder a preguntas realizadas por parte de las participantes. Como recomendación, se sugiere practicar previamente con un colaborador.

Establecer un control de tiempo. Creé un itinerario de trabajo realista y con capacidad de lograrse. Es importante cumplir con los registros a realizar durante cada sesión telefónica y apegarse al límite de tiempo establecido. Las participantes pueden acortar o prolongar las sesiones, sin embargo, es necesario que usted guíe la situación para que se cumplan con los objetivos de la sesión que está ejecutando.

Mantener un lenguaje simple. Evitar el uso de lenguaje técnico o científico durante las sesiones telefónicas que pueda generar problemas de comunicación. Se recomienda el uso de lenguaje simple y cotidiano durante las sesiones. En caso de presentar dudas respecto al entendimiento de un concepto específico, verificar si la mujer logra entender la idea que se intenta expresar.

Demostrar interés. Si la mujer percibe que el facilitador presenta interés en su aprendizaje y los cuidados de salud, hay mayor probabilidad de que esta participe de manera activa.

Ser colaborador. Se deben respetar las experiencias de cada una de las participantes como únicas.

Experto para entregar la información. Todo el conocimiento que usted adquiriera durante su capacitación le brindará la oportunidad de entregarle esta información a la participante y ayudar a su comprensión del material entregado.

Control del humor. El humor con el que es guiada la llamada telefónica tiene implicaciones sobre la efectividad de esta. El ver el lado divertido de los temas sensibles como las barreras para la práctica de lactancia materna es un ejemplo de lo anterior.

Estrategias de prevención de problemas durante el proceso

Con el objetivo de hacer frente antes las dificultades que se puedan presentar durante el proceso de implementación de la intervención, los facilitadores necesitan desarrollar habilidades que les brinden la capacidad de hacerlo. Algunas situaciones que se pueden presentar durante el proceso son: cuestionar y poner en duda los conocimientos y experiencia del facilitador; no leer el material enviado; no completar las llamadas asignadas. También existen las formas de desafiar indirecta como: responder tarde, no tomar las llamadas, interrumpir la sesión o hablar mucho.

A continuación, se presentan algunas estrategias que pueden contribuir a minimizar o prevenir los problemas anteriormente mencionados.

Enseñar el proceso de intervención. Es imperante que las participantes conozcan y comprendan el programa en el que están participando, así como su finalidad.

Justificación de las tareas. En las situaciones en las que se pide a las participantes el cumplimiento de actividades específicas (como la práctica del

tiempo boca abajo), usted se debe asegurar de explicar de forma clara y precisa que es lo que se espera que ella haga. Si bien, el desarrollo de la actividad se encuentra detallado en los folletos informativos, es importante que usted reafirme los conocimientos de la actividad durante las llamadas telefónicas. Se sugiere pedir a la participante que le explique con sus propias palabras la actividad a realizar.

Evitar acciones autoritarias. Se recomienda evitar el realizar preguntas ofensivas o de culpa como: *¿Por qué su hijo ha subido tanto de peso?*; Pueden ocurrir comentarios aparentemente inofensivos como: *Creo que no está poniendo las ganas suficientes.* Evite interpretar la conducta de la participante, proporcione información sin juzgar.

Aliente para que se apropien de las metas. Promover y motivar a las mujeres participantes a establecer sus propias metas y que cumplan con las actividades propuestas por la intervención.

Ofrecer sugerencias. Dentro de los folletos informativos se brinda a las madres opciones de actividades a realizar (alimentación de la madre, práctica del tiempo boca abajo, etc.). Se sugiere proporcionar a la madre información que la ayude a tomar decisiones.

Motive la autoevaluación. Siempre que sea posible y la actividad lo permita, motive a las mujeres a reflexionar sobre su éxitos y dificultades. Utilice preguntas como *¿Cómo le fue con la práctica del tiempo boca abajo?* *¿El ser capaz de realizar esta práctica con su hijo que le demostró?*

Estrategias de manejo de problemas del proceso frecuente

Parte importante del PHBAM es que los facilitadores tengan la destreza para mejorar la autoeficacia y habilidades de las madres para adoptar las conductas. Cuando sea posible, es preferible manejar los problemas del proceso tan pronto como se presenten durante las sesiones.

Reenfoque de la discusión. Una situación que puede promover que no se logre completar una sesión es el desvío a causa de temas secundarios, es decir, que la participante exprese dudas o comentarios constantes, no pertinentes a lo abordado durante la sesión. Para que las participantes se concentren durante las sesiones, utilice preguntas estructuradas y expresiones de transición como: *Excelente, es bueno conocer respecto a otros temas de salud, continuando ¿Cómo les fue con la práctica de la lactancia materna?*

Incentivar la participación. En algunos casos, por la naturaleza de las llamadas telefónicas, es posible que la participante se muestre poco motivada o se desenvuelva poco dentro de la sesión. Muestre interés en las respuestas que la participante le brinda, brinde retroalimentación y seleccione algún comentario que ella le haya brindado y felicítela por su participación. Si aun aplicando estas técnicas usted percibe el rechazo o poca participación puede preguntar si existe algún problema personal u obstáculo que limite su desenvolvimiento en la llamada, y con ello, establecer objetivos y estrategias para lograr una conversación adecuada.

Participantes con baja alfabetización. Por las características del proyecto es posible que una importante proporción de las participantes presenten una baja

alfabetización, esto puede ocasionar que tengan dificultad para comprender ciertas palabras en los folletos o llamadas. Siempre ofrece tu ayuda para buscar sinónimos o descripción de algún término que se le dificulte.

Capacidad de desarrollar la actividad. Durante el proceso de implementación se le solicitarán múltiples actividades a realizar a la participante. Esto puede resultar complicado o abrumador ya que en algunas ocasiones es la primera vez que lo realizan. Una estrategia es el preguntar si existen dudas debido a alguno de los temas incluidos en los folletos y que describa con palabras como realizara una acción específica, por ejemplo, el tiempo boca abajo. Si observa que hay dudas, hay que reafirmar la información correcta.

PARTE II

Descripción de las sesiones

Sesión 1: Tercer trimestre

Descripción de la sesión

Durante esta sesión las mujeres embarazadas recibirán la bienvenida al programa, se le mencionarán los objetivos y el contenido del PHBAM. Posterior a esto se dará pie a consultar dudas respecto al primer folleto: prenatal.

Materiales y equipo

- Teléfono celular
- Computadora
- Cédula de registro y seguimiento de las para las participantes (Anexo 6)
- Encuesta telefónica para las participantes (Anexo 5)
- Lista de control prenatal (Anexo 8)
- Folleto prenatal (Anexo 1)
- Expediente de la paciente

Preparación de la sesión

El facilitador debe estar completamente familiarizado con el contenido del Folleto prenatal para poder guiar la llamada y resolver dudas en caso de ser necesario. Se debe contar con el área y materiales de trabajo preparados con 30 minutos de anticipación.

Bienvenida

Salude a las participantes apegándose estrictamente al guion que viene al inicio de la Encuesta Telefónica para las participantes y utilizando los conocimientos

otorgados por su certificación como asesor telefónico encamine la sesión para ser un espacio seguro y de aprendizaje para las madres.

Aplicación de encuesta

La encuesta Telefónica para las participantes cuenta con distintas áreas, para las funciones de la primera llamada (tercer trimestre) usted sólo utilizará la primera sección de la encuesta (página 1-12).

Actividades de la sesión

Orden del día

Es necesario tomar el tiempo transcurrido durante la sesión. En este apartado se describen las actividades de cada llamada a realizar. La duración aproximada de las llamadas puede oscilar entre los 20 a 60 minutos.

Contenido

Para esta sección utilizar la lista de control prenatal

Área clave 1: nutrición infantil

Lactancia materna: se debe fomentar y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y el continuar amamantando hasta los 12 meses y más.

Puntos clave a discutir:

1. Beneficios para la salud de la lactancia materna.

2. Estrategias para abordar las barreras asociadas con la lactancia materna.
3. Qué esperar en el hospital cuando nazca el bebé.

Área clave 2: su bebé y la actividad física

Tiempo boca abajo: diferencia entre el tiempo boca abajo y las pautas del SMSL.

Puntos clave a discutir:

1. ¿Por qué el tiempo boca abajo para jugar?
2. Cuando y cuánto tiempo debe ser el tiempo boca abajo.

Área clave 3: su actividad física y nutrición

Ejercicio durante el embarazo

Puntos clave a discutir:

1. Ejercicio y deporte antes y durante el embarazo.
2. Los beneficios del ejercicio durante el embarazo.
3. Actividades durante el embarazo.
4. Ejercicio abdominal
5. Ejercicio de suelo pélvico.

Área clave 4: apoyo social

Relación con la familia en el embarazo

Puntos clave a discutir:

1. Relaciones de pareja, familiares y amigos durante el embarazo.

Cierre de la llamada

“Para poder obtener la mayor información posible es necesario que usted lea los siguientes folletos en el orden que le hemos indicado. Siéntase en libertad de mandarnos un mensaje de texto en caso de cualquier duda”

Haga saber a las participantes lo que revisarán en la llamada del primer mes postparto.

Agradecimiento

Agradezca a la participante por darse el tiempo y tomar la llamada, felicítela por su participación. Deséele un feliz nacimiento de su hijo y bendiciones por esta nueva etapa.

Sesión 2: Primer mes

Descripción de la sesión

Durante esta sesión las mujeres embarazadas recibirán la bienvenida al programa, se le mencionarán los objetivos y el contenido del PHBAM. Posterior a esto se dará pie a consultar dudas respecto al segundo folleto: 0-2 meses.

Materiales y equipo

- Teléfono celular
- Computadora
- Cédula de registro y seguimiento de las participantes (Anexo 6)
- Lista de control 1 mes (Anexo 9)
- Folleto 0-2 meses (Anexo 1)

Preparación de la sesión

El facilitador debe estar completamente familiarizado con el contenido del Folleto prenatal para poder guiar la llamada y resolver dudas en caso de ser necesario. Se debe contar con el área y materiales de trabajo preparados con 30 minutos de anticipación.

Bienvenida

Salude a las participantes apegándose estrictamente al guion y utilizando los conocimientos otorgados por su certificación como asesor telefónico encamine la sesión para ser un espacio seguro y de aprendizaje para las madres.

Actividades de la sesión

Orden del día

Es necesario tomar el tiempo transcurrido durante la sesión. En este apartado se describen las actividades de cada llamada a realizar. La duración aproximada de las llamadas puede oscilar entre los 20 a 60 minutos.

Contenido

Para esta sección utilizar la Lista de control 1 mes

Área clave 1: nutrición infantil

Lactancia materna: Fomente y apoye la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y continuar amamantando hasta los 12 meses y más.

Puntos clave de discusión:

1. Asesoramiento sobre el establecimiento, incluida la duración y el número de tomas.
2. Posicionamiento y fijación.
3. Manejo de problemas (dolores en pezones, senos llenos, congestión, conductos bloqueados, mastitis, suministro, aftas, rechazo).
4. Dieta materna.
5. Lactancia y trabajo.
6. Expresando.
7. Servicios de apoyo a la lactancia.

8. Si alimentación complementaria discutir implicaciones y la posibilidad de restablecer la lactancia materna.
9. Alimentación infantil segura con fórmula (si la participante no está amamantando).

Introducción a los sólidos: educar a las madres sobre la introducción de sólidos en la dieta de los bebés alrededor de los seis meses y para que el bebé consuma una gama completa de la dieta familiar a los 12 meses. Esto es para la población infantil en general.

Puntos clave de discusión:

1. Desarrollo infantil
2. Tiempo recomendado para introducir sólidos
3. Cómo saber si el bebé está listo para los sólidos

Área clave 2: su bebé y la actividad física

Dormir y tranquilizarse: capacitar a las madres para que comprendan los patrones de comportamiento y la importancia de la interacción entre padres e hijos.

Puntos clave de discusión:

1. Ciclos de sueño y patrones de alimentación
2. Signos de cansancio
3. Llorar
4. Estrategias para calmarse

5. Señales del bebé

Movimiento del bebé: Para que las madres entiendan que cuando nace un bebé el cuerpo del bebé responde automáticamente a ciertos movimientos y posiciones. Estos se conocen como reflejos. A medida que el bebé crece y gana más control sobre su cuerpo, estos reflejos desaparecen. Las primeras experiencias de un niño son importantes para dar forma al desarrollo futuro y la cantidad de estimulación que recibe un bebé tiene un efecto directo en esto.

Puntos clave de discusión:

1. Reflejos infantiles
2. Sentido de percepción
3. Tiempo de juego infantil
4. Tiempo boca abajo

Área clave 3: Su actividad física y nutrición

Actividad física posparto: Para animar a las madres a iniciar alguna actividad, normalmente caminar, que es una buena manera de empezar a recuperar la forma después de tener un bebé. El ejercicio debe comenzar gradualmente. Hay algunos ejercicios específicos que ayudarán a los músculos del abdomen y del suelo pélvico.

Puntos clave de discusión:

1. Los beneficios de la actividad física después del parto
2. Ejercicio después del parto por cesárea (si procede)
3. Ejercicios de suelo pélvico
4. Formas de aumentar la actividad

Nutrición para adultos: especialmente para las madres primerizas: Para las madres primerizas, comprender los alimentos que comen es crucial para darles la energía que necesitan cada día. Es importante preparar comidas nutritivas. Las madres que amamantan tienen algunas necesidades nutricionales adicionales.

Puntos clave de discusión:

1. Necesidades nutricionales
2. Pautas dietéticas mexicanas
3. Madres lactantes
4. Ideas de comidas rápidas
5. Ideas para la preparación de alimentos

Área clave 4: Apoyo social

Ser madre primeriza: Durante los primeros seis meses, muchas cosas afectan a una madre primeriza. Los estilos de vida y las relaciones cambian y se desarrollan. Puntos clave de discusión

1. Grupos de madres primerizas
2. Cambios en la relación para los nuevos padres

Cierre de la llamada: “Para poder obtener la mayor información posible es necesario que usted lea los siguientes folletos en el orden que le hemos indicado.

Siéntase en libertad de mandarnos un mensaje de texto en caso de cualquier duda”.

Haga saber a las participantes lo que revisarán en la llamada del primer mes postparto.

Agradecimiento Agradezca a la participante por darse el tiempo y tomar la llamada, felicítela por su participación. Deséele un feliz nacimiento de su hijo y bendiciones por esta nueva etapa.

Sesión 3: Tercer mes

Descripción de la sesión

Durante esta sesión las mujeres embarazadas recibirán la bienvenida al programa, se le mencionarán los objetivos y el contenido del PHBAM. Posterior a esto se dará pie a consultar dudas respecto al tercer folleto: 2-4 meses.

Materiales y equipo

- Teléfono celular
- Computadora
- Cédula de registro y seguimiento de las participantes (Anexo 6)
- Lista de control 3 meses (Anexo 10)
- Folleto 2- 4 meses (Anexo 1)

Preparación de la sesión

El facilitador debe estar completamente familiarizado con el contenido del Folleto prenatal para poder guiar la llamada y resolver dudas en caso de ser necesario. Se debe contar con el área y materiales de trabajo preparados con 30 minutos de anticipación.

Bienvenida

Salude a las participantes apegándose estrictamente al guion que viene al inicio de la Encuesta Telefónica para las participantes y utilizando los conocimientos otorgados por su certificación como asesor telefónico encamine la sesión para ser un espacio seguro y de aprendizaje para las madres.

Contenido

Para esta sección utilizar el check list tercer llamada

Área clave 1: nutrición infantil

Lactancia materna: Fomente y apoye la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y continuar amamantando hasta los 12 meses y más.

Puntos clave de discusión:

10. Asesoramiento sobre el establecimiento, incluida la duración y el número de tomas.
11. Posicionamiento y fijación.
12. Manejo de problemas (dolores en pezones, senos llenos, congestión, conductos bloqueados, mastitis, suministro, aftas, rechazo).
13. Dieta materna.
14. Lactancia y trabajo.
15. Expresando.
16. Servicios de apoyo a la lactancia.
17. Si alimentación complementaria discutir implicaciones y la posibilidad de restablecer la lactancia materna.
18. Alimentación infantil segura con fórmula (si la participante no está amamantando).

Introducción a los sólidos: educar a las madres sobre la introducción de sólidos en la dieta de los bebés alrededor de los seis meses y para que el bebé consuma una

gama completa de la dieta familiar a los 12 meses. Esto es para la población infantil en general.

Puntos clave de discusión:

4. Desarrollo infantil
5. Tiempo recomendado para introducir sólidos
6. Cómo saber si el bebé está listo para los sólidos

Área clave 2: Su actividad física y nutrición

Actividad física postparto: Para animar a las madres a iniciar alguna actividad, normalmente caminar, que es una buena manera de empezar a recuperar la forma después de tener un bebé. El ejercicio debe comenzar gradualmente. Hay algunos ejercicios específicos que ayudarán a los músculos del abdomen y del piso pélvico.

Puntos clave de discusión:

1. Etapas de cambio
2. Beneficios de la actividad física
3. Facilitadores y barreras para la actividad física
4. El establecimiento de metas

Nutrición para adultos, en particular para las madres primerizas: Para las madres primerizas, comprender los alimentos que comen es crucial para darles la energía que necesitan todos los días. Es importante preparar comidas nutritivas. Las madres que amamantan tienen algunas necesidades nutricionales adicionales.

Puntos clave de discusión:

1. Necesidades nutricionales
2. Pautas dietéticas mexicanas
3. Madres lactantes
4. Ideas de comidas rápidas
5. Ideas para la preparación de alimentos

Área clave 3: apoyo social

Ser madre primeriza: Durante los primeros seis meses, muchas cosas afectan a un padre primerizo. Los estilos de vida y las relaciones cambian y se desarrollan. Puntos clave de discusión: Trabajo en equipo

Cierre de la llamada

“Para poder obtener la mayor información posible es necesario que usted lea los siguientes folletos en el orden que le hemos indicado. Siéntase en libertad de mandarnos un mensaje de texto en caso de cualquier duda”. Haga saber a las participantes lo que revisarán en la llamada del primer mes postparto.

Agradecimiento

Agradezca a la participante por darse el tiempo y tomar la llamada, felicítela por su participación. Deséele un feliz nacimiento de su hijo y bendiciones por esta nueva etapa.

Sesión 4: Quinto mes

Descripción de la sesión

Durante esta sesión las mujeres embarazadas recibirán la bienvenida al programa, se le mencionarán los objetivos y el contenido del PHBAM. Posterior a esto se dará pie a consultar dudas respecto al tercer folleto: 4- 6 meses.

Materiales y equipo

- Teléfono celular
- Computadora
- Cédula de registro y seguimiento de las participantes (Anexo 6)
- Encuesta telefónica para las participantes (Anexo 5)
- Lista de control 5 meses (Anexo 11)
- Folleto 4-6 meses (Anexo 1)

Preparación de la sesión

El facilitador debe estar completamente familiarizado con el contenido del Folleto prenatal para poder guiar la llamada y resolver dudas en caso de ser necesario. Se debe contar con el área y materiales de trabajo preparados con 30 minutos de anticipación.

Bienvenida

Salude a las participantes apegándose estrictamente al guion que viene al inicio de la Encuesta Telefónica para las participantes y utilizando los conocimientos

otorgados por su certificación como asesor telefónico encamine la sesión para ser un espacio seguro y de aprendizaje para las madres.

Contenido

Para esta sección utilizar el check list tercer llamada

Área clave 1: nutrición infantil

Lactancia materna: Fomente y apoye la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y continuar amamantando hasta los 12 meses y más.

Puntos clave de discusión:

1. Asesoramiento sobre el establecimiento, incluida la duración y el número de tomas.
2. Posicionamiento y fijación.
3. Manejo de problemas (dolores en pezones, senos llenos, congestión, conductos bloqueados, mastitis, suministro, aftas, rechazo).
4. Dieta materna.
5. Lactancia y trabajo.
6. Expresando.
7. Servicios de apoyo a la lactancia.
8. Si alimentación complementaria discutir implicaciones y la posibilidad de restablecer la lactancia materna.
9. Alimentación infantil segura con fórmula (si la participante no está amamantando).

Introducción a los sólidos: educar a las madres sobre la introducción de sólidos en la dieta de los bebés alrededor de los seis meses y para que el bebé consuma una gama completa de la dieta familiar a los 12 meses. Esto es para la población infantil en general.

Puntos clave de discusión:

1. Porqué el bebé necesita sólidos a partir de los 6 meses
2. Pautas y recomendaciones para la introducción de sólidos
3. Desarrollo infantil
4. Señales de que el bebé está listo para los sólidos
5. Introducción a los sólidos: primeros alimentos y cómo empezar
6. Seguridad alimentaria: preparación, congelación, descongelación, cocción y limpieza
7. Bebidas: discuta que el bebé sólo necesita leche materna o fórmula hasta los 6 meses, luego de pueden dar pequeñas cantidades de agua purificada o hervida fría en un vaso.

Área clave 2: Su bebé y la actividad física

Dormir y tranquilizarse: Capacitar a las madres para que comprendan los patrones de comportamiento y la importancia de la interacción entre padres e hijos.

Puntos clave de discusión:

1. Ciclos de sueño y patrones de alimentación.
2. Signos de cansancio
3. Llanto
4. Estrategias de asentamiento

5. Señales del bebé

Movimiento del bebé: Para que las madres entiendan que cuando nace un bebé el cuerpo del bebé responde automáticamente a ciertos movimientos y posiciones. Estos se conocen como reflejos. A medida que el bebé crece y gana más control sobre su cuerpo, estos reflejos desaparecen. Las primeras experiencias de un niño son importantes para dar forma al desarrollo futuro y la cantidad de estimulación que recibe un bebé tiene un efecto directo en esto.

Puntos clave de discusión:

1. Continuar con el tiempo boca abajo
2. Actividades para ayudar a los bebés a desarrollar fuerza y control
3. Bebé relacionándose e interactuando con las personas importantes en sus vidas
4. Evitar distracciones como la televisión.

Área clave 3: Su actividad física y nutrición

Actividad física posparto: Para animar a las madres a iniciar alguna actividad, normalmente caminar, que es una buena manera de empezar a recuperar la forma después de tener un bebé. El ejercicio debe comenzar gradualmente. Hay algunos ejercicios específicos que ayudarán a los músculos del abdomen y del suelo pélvico.

Puntos clave de discusión

1. Etapas de cambio
2. Beneficios de la actividad física

3. Facilitadores y barreras para la actividad física
4. El establecimiento de metas

Nutrición para adultos, en particular para las madres primerizas: Para las madres primerizas, comprender los alimentos que comen es fundamental para darles la energía que necesitan todos los días. Es importante preparar comidas nutritivas. Las madres que amamantan tienen algunas necesidades nutricionales adicionales.

Puntos clave de discusión:

1. Necesidades nutricionales
2. Plato del bien comer
3. Madres lactantes
4. Ideas de comidas rápidas
5. Ideas para la preparación de alimentos

Área clave 4: Apoyo social

Ser madre primeriza: Durante los primeros seis meses, muchas cosas afectan a un padre primerizo. Los estilos de vida y las relaciones cambian y se desarrollan.

Puntos clave de discusión: Relaciones con los padres y aceptación.

Cierre de la llamada

“Para poder obtener la mayor información posible es necesario que usted lea los siguientes folletos en el orden que le hemos indicado. Siéntase en libertad de mandarnos un mensaje de texto en caso de cualquier duda”

Haga saber a las participantes lo que revisarán en la llamada del primer mes postparto.

Agradecimiento

Agradezca a la participante por darse el tiempo y tomar la llamada, felicítela por su participación. Deséele un feliz nacimiento de su hijo y bendiciones por esta nueva etapa.

Grupo control

Las integrantes del grupo control recibirán la atención habitual proporcionada por su sistema de salud que comprende las consultas determinadas para el tercer trimestre de embarazo y el seguimiento del niño sano. Aunado a lo anterior, se entregará un boletín especial sobre Seguridad infantil, a los meses 2 y 4 del estudio, basado en las recomendaciones de la Estrategia Prevención de accidentes en el hogar en las niñas y niños menores de 10 años (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia [CENSIA], 2015). A continuación, se describe el contenido de los boletines por mes de entrega.

2 meses

Información general sobre los accidentes más frecuentes que ocurren en el hogar y como anticiparse a ellos: quemaduras, ahogamiento, asfixia, caídas e intoxicaciones (Anexo 2).

4 meses

Recomendaciones para niñas y niños menores de 1 año para la prevención de los principales accidentes en el hogar: muerte súbita, asfixia, caídas, ahogamiento, quemaduras, envenenamiento y transporte (Anexo 3).

Modalidad de entrega

Se enviará un archivo PNG a las madres por vía mensaje de texto/multimedia, correspondiente a la infografía sobre el tema previamente señalado según el mes estipulado. El archivo constará de una sola hoja donde la información será acompañada de imágenes alusivas al tema a tratar. Se considerará como completa la entrega del material al recibir un mensaje de confirmación de recepción posterior al envío el cual se registrará en una base de datos.

PARTE III

Cierre del programa

Descripción general

Es necesario recabar de forma organizada y fiable la información otorgada por las participantes para poder determinar la factibilidad y la eficacia preliminar de la intervención. Con lo anterior se podrá proponer un estudio a mayor escala.

La información obtenida será recabada en las bases de datos establecidas por el investigador principal a las cual se brindará acceso al finalizar el curso por medio de una hoja de datos de Excel en One drive.

Referencias

- Bandura A. (1969). Social-Learning Theory of Identificatory Processes. *Handbook of socialization theory and research*, 213, 262.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Prentice Hall: Englewood cliffs.
- Bandura, A. (1985). Model of Causality in Social Learning Theory. *Cognition and Psychotherapy*, 81–99. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-7562-3_3
- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. (2015). Estrategia Prevención de accidentes en el hogar en las niñas y niños menores de 10 años. <https://www.gob.mx/salud/censia/articulos/estrategia-prevencion-de-accidentes-en-el-hogar-en-las-ninas-y-ninos-menores-de-10-anos-131006?state=published>
- Črnčec, R., Barnett, B., & Matthey, S. (2008). Development of an instrument to assess perceived self-efficacy in the parents of infants. *Research in nursing & health*, 31(5), 442-453
- Escoffery, C., Lebow-Skelley, E., Haardoerfer, R., Boing, E., Udelson, H., Wood, R., ... & Mullen, P. D. (2018). A systematic review of adaptations of evidence-based public health interventions globally. *Implementation Science*, 13(1), 1-21.
- Moore, G., Campbell, M., Copeland, L., Craig, P., Movsisyan, A., Hoddinott, P., ... & Evans, R. (2021). Adapting interventions to new contexts—the ADAPT guidance. *BMJ*, 374.

- Murray, K. E., Ermias, A., Lung, A., Mohamed, A. S., Ellis, B. H., Linke, S., Kerr, J., Bowen, D. J., & Marcus, B. H. (2017). Culturally adapting a physical activity intervention for Somali women: the need for theory and innovation to promote equity. *Translational Behavioral Medicine*, 7(1), 6–15. <https://doi.org/10.1007/s13142-016-0436-2>
- Organización Mundial de la Salud (2008). Interpretando los indicadores de crecimiento. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Module_C_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Directrices sobre la Actividad Física, el Comportamiento Sedentario y el Sueño Para Menores de 5 años. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51805>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Rivera, J. et al (2020). Situación de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en México: resultados de la Ensanut 2018-19. *salud pública de México*, 62(6), 704-713.
- Rivera J. et al. (2021). *Síntesis sobre políticas de salud. Propuestas basadas en evidencia*. Instituto Nacional de Salud Pública. https://www.insp.mx/resources/images/stories/2022/docs/220118_Sintesis_sobre_politicas_de_salud.pdf

- Roberts, R. E., & Attkisson, C. C. (1983). Assessing client satisfaction among Hispanics. *Evaluation and program planning*, 6(3-4), 401–413.
[https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90019-8](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90019-8)
- Rogoff, B., Baker-Sennett, J., Lacasa, P., & Goldsmith, D. (1995). Development through participation in sociocultural activity. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 1995(67), 45-65.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education & Behavior*, 15(2), 175–183.
<https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Rosenstock, I. M. (1960). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335.
- Rosenstock, I.M. (1966). Why people use health services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 94–127.
- Stirman, S. W., Baumann, A. A., & Miller, C. J. (2019). The FRAME: An expanded framework for reporting adaptations and modifications to evidence-based interventions. *Implementation Science*, 14(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0898-y>
- Wen, L. M., Baur, L. A., Rissel, C., Wardle, K., Alperstein, G., & Simpson, J. M. (2007). Early intervention of multiple home visits to prevent childhood obesity in a disadvantaged population: A home-based randomised controlled trial (Healthy Beginnings Trial). *BMC Public Health*, 7, 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-76>

- Wen, L. M., Baur, L. A., Rissel, C., Alperstein, G., & Simpson, J. M. (2009). Intention to breastfeed and awareness of health recommendations: findings from first-time mothers in southwest Sydney, Australia. *International Breastfeeding Journal*, 4(1), 1-8.
- Wen, L. M., Baur, L. A., Simpson, J. M., & Rissel, C. (2010). Mothers' awareness of their weight status and concern about their children being overweight: findings from first-time mothers in south-west Sydney. *Australian and New Zealand journal of public health*, 34(3), 293-297.
- Wen, L. M., Baur, L. A., Simpson, J. M., Rissel, C., Wardle, K., & Flood, V. M. (2012). Effectiveness of home-based early intervention on children's BMI at age 2: Randomised controlled trial. *BMJ (Online)*, 344(7865), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmj.e3732>

ANEXOS

Anexo 1

Folletos informativos

PRENATAL

Tu tercer trimestre

Apoyando a tu familia durante el primer año de tu bebé

